

ALLEGATO N.1 - Comunicazione di inizio tirocinio

 Raccomandata A/R PEC (consap@pec.consap.it)

Spett.le CONSAP S.p.A.
Ruolo dei periti assicurativi
Via Yser, 14 - 00198 Roma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 45, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità, il sottoscritto perito assicurativo

DATI IDENTIFICATIVI PERITO ASSICURATIVO	
Cognome _____	Nome _____
Comune di nascita _____	Prov. _____
Stato estero di nascita _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	Sesso: <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina N. iscrizione al Ruolo P _____

CONTATTI	
Telefono _____	Cellulare _____
e-Mail _____	PEC _____

SEDE OPERATIVA	
Comune _____	Prov. _____
Indirizzo _____	CAP _____
Telefono _____	Fax _____ e-Mail _____

ai fini e per gli effetti di cui all'articolo 158 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e degli artt. 7 comma 4 e 20 del vigente Regolamento Consap

DICHIARA CHE

DATI IDENTIFICATIVI TIROCINANTE	
Cognome _____	Nome _____
Comune di nascita _____	Prov. _____
Stato estero di nascita _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	Sesso: <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina _____

RESIDENZA TIROCINANTE	
Comune _____	Prov. _____
Indirizzo _____	CAP _____

ha iniziato il tirocinio per l'attività peritale sotto la propria direzione dal _____

Il sottoscritto, a conclusione del tirocinio, si impegna a rilasciare al tirocinante l'attestazione di compiuto tirocinio in duplice copia ai sensi dell'art. 7 comma 5 del vigente Regolamento Consap.

Il sottoscritto allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.

Data _____

Firma _____



ALLEGATO N.2 - Attestazione di compiuto tirocinio

 Raccomandata A/R PEC (consap@pec.consap.it)

Spett.le CONSAP S.p.A.
Ruolo dei periti assicurativi
Via Yser, 14 - 00198 Roma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 45, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità, il sottoscritto perito assicurativo

DATI IDENTIFICATIVI PERITO ASSICURATIVO	
Cognome _____	Nome _____
Comune di nascita _____	Prov. _____
Stato estero di nascita _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	Sesso: <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina N. iscrizione al Ruolo P _____

CONTATTI	
Telefono _____	Cellulare _____
e-Mail _____	PEC _____

SEDE OPERATIVA	
Comune _____	Prov. _____
Indirizzo _____	CAP _____
Telefono _____	Fax _____ e-Mail _____

ai fini e per gli effetti di cui all'articolo 158 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e dell'art. 7 comma 5 del vigente Regolamento Consap

DICHIARA CHE

DATI IDENTIFICATIVI TIROCINANTE	
Cognome _____	Nome _____
Comune di nascita _____	Prov. _____
Stato estero di nascita _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	Sesso: <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina _____

RESIDENZA TIROCINANTE	
Comune _____	Prov. _____
Indirizzo _____	CAP _____

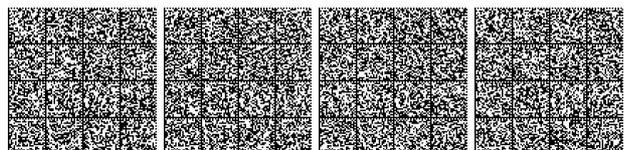
ha svolto tirocinio per l'attività peritale sotto la propria direzione nel periodo dal _____ al _____

Il sottoscritto, in relazione alla presente dichiarazione, autorizza Consap S.p.A. ad effettuare verifiche sulla veridicità di quanto attestato, ponendo a disposizione della Società tutta la documentazione eventualmente richiesta.

Il sottoscritto allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.

Data _____

Firma _____



ALLEGATO N.3 - Domanda di iscrizione nel Ruolo dei periti assicurativi

BOLLO (applicare una marca dell'importo previsto dalla disciplina vigente sull'imposta di bollo)

Raccomandata A/R

Spett.le CONSAP S.p.A. Ruolo dei periti assicurativi Via Yser, 14 - 00198 Roma

DOMANDA DI ISCRIZIONE NEL RUOLO DEI PERITI ASSICURATIVI DI CUI ALL'ART. 158 DEL D.LGS. 7 SETTEMBRE 2005, N.209.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dall'iscrizione in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R., il sottoscritto

DATI IDENTIFICATIVI: Cognome, Nome, Comune di nascita, Prov., Stato estero di nascita, Data di nascita, Codice Fiscale, Sesso: Maschio/Femmina

CONTATTI: Telefono, Cellulare, e-Mail, PEC

CHIEDE L'ISCRIZIONE

nel ruolo dei periti assicurativi di cui agli art. 156 e successivi del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e a tale fine

DICHIARA

- a) di godere dei diritti civili; b) di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 158, comma 1, lett. b), c) e d), del D. lgs. 7 settembre 2005, n.209; c) di non essere iscritto nel registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109, del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209; d) di non esercitare, direttamente o indirettamente mediante partecipazioni di controllo ovvero esercizio di cariche sociali, l'attività di riparatore di veicoli o natanti; e) di non essere pubblico dipendente con rapporto di lavoro a tempo pieno ovvero a tempo parziale che superi la metà dell'orario lavorativo a tempo pieno; f) di avere superato la prova di idoneità di cui all'articolo 158, comma 1, lett. g), del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, nella sessione d'esame tenuta in data; g) di aver provveduto al versamento della tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente, come da allegata copia del bollettino,

DICHIARA ALTRESÌ

RESIDENZA: Comune, Prov., Indirizzo, CAP

SEDE OPERATIVA: Comune, Prov., Indirizzo, CAP, Telefono, Fax, e-Mail

ULTERIORE SEDE OPERATIVA: Comune, Prov., Indirizzo, CAP, Telefono, Fax, e-Mail

Il sottoscritto, nel prendere atto che per l'invio di comunicazioni Consap utilizzerà di norma gli indirizzi di posta elettronica indicati nella presente domanda, ai fini del ricevimento di eventuali comunicazioni a mezzo del servizio postale indica l'indirizzo corrispondente a:

- Residenza, Sede Operativa, Ulteriore sede Operativa (Selezionare una sola opzione)

e riconosce che Consap non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni degli indirizzi da parte del sottoscritto o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento degli indirizzi indicati nella presente domanda.

Il sottoscritto dichiara di ben conoscere le disposizioni di cui al vigente Regolamento Consap concernente la disciplina dell'attività peritale (pubblicato anche sul sito Consap); si obbliga pertanto all'osservanza e al rispetto delle norme in esso contenute.

Il sottoscritto allega copia fotografica di un proprio valido documento di identità e della ricevuta di versamento della tassa di concessione governativa di cui alla lettera g).

Firma

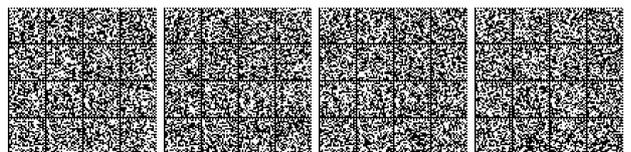
Data

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente dichiarazione e nei relativi allegati sono raccolti da Consap in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di iscrizione nel ruolo dei periti assicurativi di cui al D.lgs. n. 209/2005 e che verranno trattati, anche in forma automatizzata, per finalità inerenti l'iscrizione stessa; che i medesimi possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati, strumentali alla gestione del Ruolo; che un eventuale rifiuto di fornire i predetti dati comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione nel Ruolo.

Firma

Data



ALLEGATO N.4 - Domanda di cancellazione dal Ruolo dei periti assicurativi

<p style="text-align: center;">BOLLO (applicare una marca dell'importo previsto dalla disciplina vigente sull'imposta di bollo)</p>	<input checked="" type="radio"/> Raccomandata A/R	Spett.le CONSAP S.p.A. Ruolo dei periti assicurativi Via Yser, 14 - 00198 Roma
---	--	---

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAL RUOLO DEI PERITI ASSICURATIVI DI CUI ALL'ART. 159 DEL D.LGS. 7 SETTEMBRE 2005, N.209.

Il sottoscritto

DATI IDENTIFICATIVI	
Cognome _____	Nome _____
Comune di nascita _____	Prov. _____
Stato estero di nascita _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	Sesso: <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina N. iscrizione al Ruolo P _____
CONTATTI	
Telefono _____	Cellulare _____
e-Mail _____	PEC _____

CHIEDE

di essere cancellato dal Ruolo dei periti assicurativi ai sensi dell'art. 159 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e dell'art. 12 del vigente Regolamento Consap concernente la disciplina dell'attività personale.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 dello stesso D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, il sottoscritto dichiara di essere in regola con il pagamento dei contributi di gestione dovuti a Consap alla data odierna, ex art. 337 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209.

Il sottoscritto allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.

Data _____

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente dichiarazione e nei relativi allegati sono raccolti da Consap in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di iscrizione nel ruolo dei periti assicurativi di cui al D.lgs. n. 209/2005 e che verranno trattati, anche in forma automatizzata, per finalità inerenti l'iscrizione stessa; che i medesimi possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati, strumentali alla gestione del Ruolo.

Data _____

Firma



ALLEGATO N.5 - Domanda di reiscrizione nel Ruolo dei periti assicurativi

BOLLO (applicare una marca dell'importo previsto dalla disciplina vigente sull'imposta di bollo)

Raccomandata A/R

Spett.le CONSAP S.p.A. Ruolo dei periti assicurativi Via Yser, 14 - 00198 Roma

DOMANDA DI REISCRIZIONE NEL RUOLO DEI PERITI ASSICURATIVI DI CUI ALL'ART. 160 DEL D.LGS. 7 SETTEMBRE 2005, N.209.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dall'iscrizione in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R., il sottoscritto

DATI IDENTIFICATIVI: Cognome, Nome, Comune di nascita, Prov., Stato estero di nascita, Data di nascita, Codice Fiscale, Sesso: Maschio, Femmina

CONTATTI: Telefono, Cellulare, e-Mail, PEC

CHIEDE DI ESSERE REISCRITTO

nel Ruolo dei periti assicurativi di cui all'art. 158 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e a tale fine

DICHIARA

- a) di godere dei diritti civili; b) di essere in possesso dei requisiti di onorabilità previsti dall'art. 158, comma 1, lett. b), c) e d), del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209; c) di non essere iscritto nel registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109, del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209; d) di non esercitare, direttamente o indirettamente mediante partecipazioni di controllo ovvero esercizio di cariche sociali, l'attività di riparatore di veicoli o natanti; e) di non essere pubblico dipendente con rapporto di lavoro a tempo pieno ovvero a tempo parziale che superi la metà dell'orario lavorativo a tempo pieno; f) di essere stato iscritto nel Ruolo dei periti assicurativi con il numero P e di essere stato cancellato in data per il seguente motivo: Rinuncia all'iscrizione, Perdita dei requisiti previsti, Mancato versamento del contributo di gestione, Sopravvenuta incompatibilità, Radiazione; g) di trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 160 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209; h) di avere provveduto al versamento della tassa di concessione governativa prevista dalla normativa vigente, come da allegata copia del bollettino; i) di avere superato la prova di idoneità di cui all'articolo 158, comma 1, lett. g), del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, nella sessione d'esame tenuta in data

DICHIARA ALTRESÌ

RESIDENZA: Comune, Prov., Indirizzo, CAP

SEDE OPERATIVA: Comune, Prov., Indirizzo, CAP, Telefono, Fax, e-Mail

ULTERIORE SEDE OPERATIVA: Comune, Prov., Indirizzo, CAP, Telefono, Fax, e-Mail

Il sottoscritto, nel prendere atto che per l'invio di comunicazioni Consap utilizzerà di norma gli indirizzi di posta elettronica indicati enlla presente domanda, ai fini del ricevimento di eventuali comunicazioni a mezzo del servizio postale indica l'indirizzo corrispondente a

Residenza, Sede Operativa, Ulteriore sede Operativa (Selezionare una sola opzione)

e riconosce che Consap non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni degli indirizzi da parte del sottoscritto o da mancata oppure tardia comunicazione del cambiamento degli indirizzi indicati nella presente domanda.

Il sottoscritto dichiara di ben conoscere le disposizioni di cui al vigente Regolamento Consap concernente la disciplina dell'attività peritale (pubblicato anche sul sito Consap); si obbliga pertanto all'osservanza e al rispetto delle norma in esso contenute.

Il sottoscritto allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità e della ricevuta di versamento della tassa di concessione governativa di cui alla lettera g).

Firma

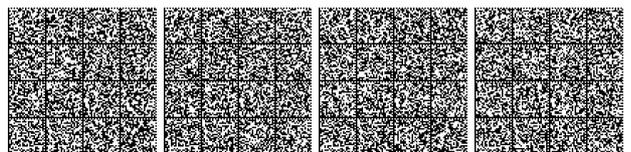
Data

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente dichiarazione e nei relativi allegati sono raccolti da Consap in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di iscrizione nel ruolo dei periti assicurativi di cui al D.lgs. n. 209/2005 e che verranno trattati, anche in forma automatizzata, per finalità inerenti l'iscrizione stessa; che i medesimi possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati, strumentali alla gestione del Ruolo.

Firma

Data



ALLEGATO N.6 - Comunicazione di variazione dati informativi

Raccomandata A/R PEC (consap@pec.consap.it) E-Mail (ruoloperitiassicurativi@consap.it) Posta Ordinaria

Spett.le CONSAP S.p.A.
Ruolo dei periti assicurativi
Via Yser, 14 - 00198 Roma

COMUNICAZIONE DI VARIAZIONE DEI DATI INFORMATIVI

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dell'iscrizione in caso di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R., il sottoscritto

DATI IDENTIFICATIVI	
Cognome _____	Nome _____
Comune di nascita _____	Prov. _____
Stato estero di nascita _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	Sesso: <input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina N. iscrizione al Ruolo P _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 3 e 5 del vigente Regolamento Consap comunica che i propri dati informativi presenti nel Ruolo sono variati come segue:

 CONTATTI

Telefono _____	Cellulare _____
e-Mail _____	PEC _____

 RESIDENZA

Comune _____	Prov. _____
Indirizzo _____	CAP _____

 SEDE OPERATIVA

Comune _____	Prov. _____
Indirizzo _____	CAP _____
Telefono _____	Fax _____ e-Mail _____

 SEDE OPERATIVA

Comune _____	Prov. _____
Indirizzo _____	CAP _____
Telefono _____	Fax _____ e-Mail _____

Il sottoscritto allega copia fotostatica di un proprio valido documento di identità.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati riportati nella presente dichiarazione e nei relativi allegati sono raccolti da Consap in quanto prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di iscrizione nel ruolo dei periti assicurativi di cui al D.lgs. n. 209/2005 e che verranno trattati, anche in forma automatizzata, per finalità inerenti l'iscrizione stessa; che i medesimi possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati, strumentali alla gestione del Ruolo.

Firma _____

Data _____

